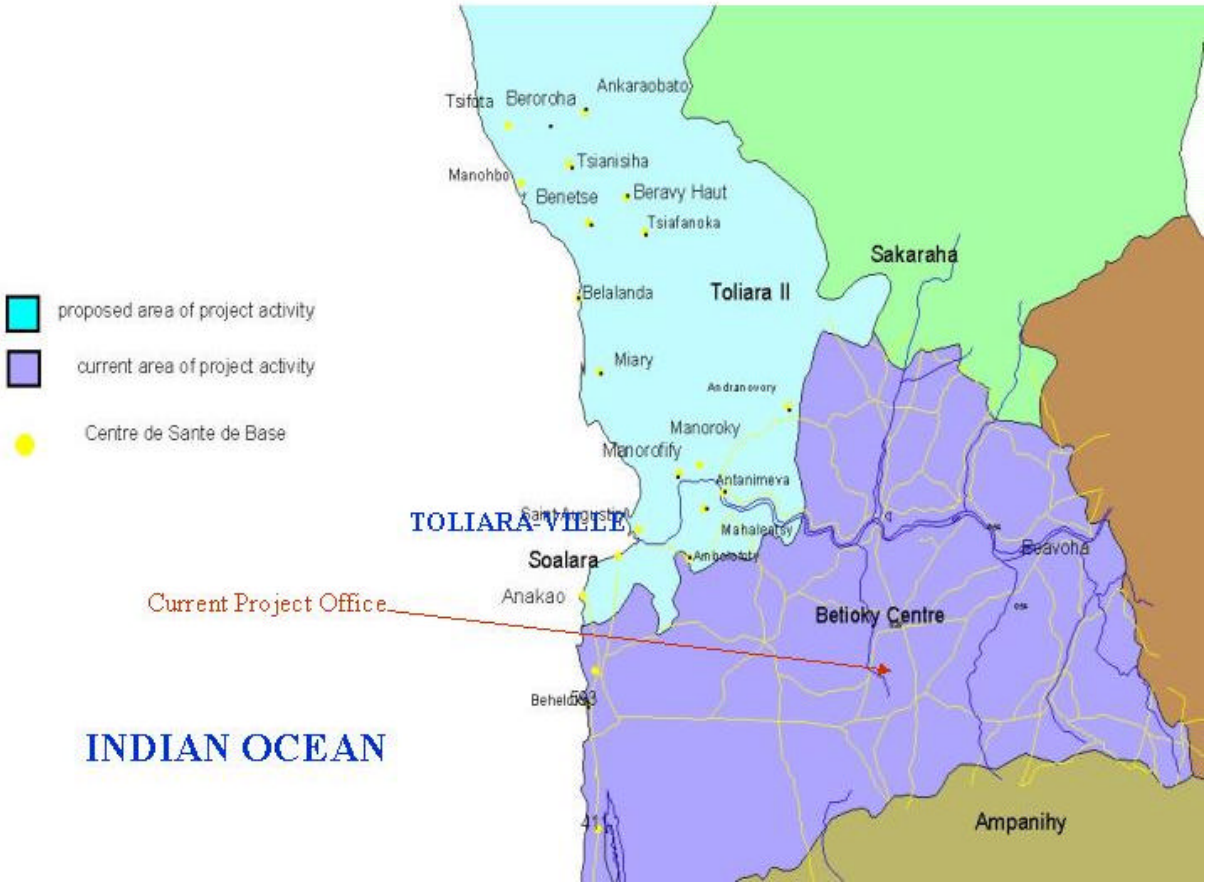
Medical Care Development International
1742 R Street NW, Washington, DC 20009 * USA
Telephone: (202) 462-1920; Fax: (202) 265-4078
E-mail: MCDI@MCD.ORG
World Wide Web URL: WWW.MCD.ORG

PROJECT DE SURVIE DE L'ENFANT BETIOKY SUD

TROISIEME RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES (Version Originale)

Du 01 Octobre 2000 au 30 Septembre 2001



Coopérative Agrément No. FAO-A-00-98-00027-00
Date de Soumission: Avril 17, 2002

FOREWORD

The submittal of the Third Annual Activity Report follows the submittal of the Mid-Term Evaluation in February 2001 and the cost-extension application in December 2001. The timing of the submittal has been affected by the events occurring during and following elections in the country.

PROJECT SURVIE DE L'ENFANT
BETIOKY SUD

TROISIEME RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES

Du 01 Octobre 2000 au 30 Septembre 2001
(Version Originale)

Coopérative Agrément No. FAO-A-00-98-00027-00

Avril 16, 2002

Dr Ratsirarson Joséa, Coordonnateur PSE/BS
Dr Rakotoarisoa Rosa, Responsible Qualité de Soins
Dr Fanomeza Rija, Responsable Suivi Evaluation
M. Alijimy Fabien, Administrateur

MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL
Betioky South Tuléar 612
Tél. : 261 20 22 358 06
mcdi@dts or mcdi@iris.mg

HOME OFFICE
1742 R NW, WASHINGTON, D.C. - 20009
Ph: 202.462-1920 - Fax: 202.265-4078
mcdi@mcd.org

SOMMAIRE

1. LES RESULTATS 6

1.1. Les progressions vers l'atteinte des objectifs techniques du programme 6
1.2. Les progressions vers l'atteinte des objectifs de renforcement de capacité 8
1.3. Les progressions vers l'atteinte des objectifs de pérennité 11
1.4. Les réalisations en fin de l'année fiscale 2001 par rapport aux activités programmées (Tableau B du DIP) 13

2. LES FACTEURS QUI ONT CONTRIBUE A LA REALISATION DE CES RESULTATS 16

2.1. L' amélioration de la collaboration entre le SSD et le 16
2.2. Le soutien continu de la DIRDS 16
2.3. Partenariat de plus en plus ancré avec la Délégation de l'Animation Rurale (DAR) 16
2.4. Soutien de la part du Volontaire du Corps de la Paix 17
2.5. Plus d'engagement de la part des communautés et des autorités locales 17
2.6. L'effort pour une supervision soutenue des CSB 17
2.7. La tenue régulière des revues mensuelles du district 17
2.8. Les efforts pour le renforcement de capacité des Responsables de programmes (PF/PEV 17
2.9. Amélioration des moyens logistiques du projet 18

3. LES CONTRAINTES ET LES DISPOSITIONS ENTREPRISES POUR LES SOLUTIONNER 18

3.1. Baisse des efforts dans l'approche multisectorielle 18
3.2. Le changement de la stratégie de formation du Ministère de la Santé 18
3.3. Changement des chefs de postes 19
3.4. Problème de continuation des activités AEPE après la tentative de retrait de MCDI 19
3.5. Taux de déperdition des ASBC de 50% 19

4. LES ASSISTANCES TECHNIQUES RECUES PENDANT L'ANNEE 2001 20

4.1. La mutuelle de crédit 20
4.2. La méthodologie auto apprentissage assisté 20

5. LES CHANGEMENTS DANS LE DIP 21

5.1. Les changements vis à vis des objectifs 21
5.2. La formation des personnels de santé 21
5.3. L'aire de projet 22

6. LES RECOMMANDATIONS DE L'EVALUATION ET LES ACTIONS ENTREPRISES 22

6.1. En relation avec la mémoire institutionnelle 22
6.2. Le système pilote de mutuelle de crédit 24
6.3. Relation avec le SSD 25
6.4. En relation avec le renforcement de capacité du personnel du SSD 25
6.5. Communication pour le Changement de Comportement et mobilisation sociale 26

7. PLAN DE RETRAIT DU PROJET 28

8. LES POTENTIELS POUR L'EXTENSION A PLUS LARGE ECHELLE 29

L'Application de Continuation 29
La Mutuelle de crédit 30
Système d'Information Sanitaire 30
L'Approche VISA 30

LISTE DES ABREVIATIONS

AEPE	Approche Enfant pour Enfant
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ASB	Agent de Santé de Base
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
BHR/PVC	Bureau for Humanitarian Response/Private Volontary Cooperation
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CISCO	Circonscription Scolaire
COLC	Comité Opérationnelle de Lutte contre le Choléra
C-RH	Community Reproductive Health
CSB	Centre de Santé de Base
CSTS	Child Survival Technical Support
CVA	Cellule Villageoise d'Animation
DAR	Direction de l'Animation Rurale
DIP	Detailed Implementation Plan
DIRDS	Direction Inter-Régionale du Développement Sanitaire
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
EMAD	Equipe de Management du District
EMP	Evaluation à mi-parcours
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour de la Population
IEC	Information Education Communication
IHAB	Initiative des Hôpitaux Amis des Bébés
IST	Infection Sexuellement Transmissible
KPC/CPC	Connaissance, Pratique et de Couverture
LMD	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
LQAS	Lot Quality Assurance Survey
MAMA	Manabe Aizana ny Mampinono Anaka
MICC	Ministère de l'Information, de Communication et de Culture
MINSAN	Ministère de la Santé
MLD	Méthode de Longue Durée
MOU	Memorandum Of Understanding
MSR	Maternité Sans Risques
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDD	Plan de Développement du District
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PSE BS	Projet de Survie de l'Enfant à Betioky Sud
SIG	Système d'Informations
SRO	Sel de Réhydratation Orale
SSD	Service de Santé du District
TBS	Traditional Birth Attendent
TIF	Tahiry Iombonana momba ny Fahasalamana (Mutuelle de crédit pour la Santé)
TOR	Terms Of Reference
TRO	Thérapie par Réhydratation Orale
TT	Antitétanique
UERP	Unité d'Etude et de Recherche Pédagogique
UNICEF	United Nations Children's Fund
USA	United States of America
USAID	United States Agency for International Development
VCP	Volontaires du Corps de la Paix

VCS	Volontaires Communautaires de Santé
VEMIMA	Vehivavy Miara-Mandroso (Femmes avançant ensemble – Association)
VISA	Visiter, Identifier, Sensibiliser, Accompagner

1. LES RESULTATS

1.1. Les progressions vers l'atteinte des objectifs techniques du programme

Faisant partie du plan de suivi de routine du projet de survie de l'enfant à Betioky Sud, une enquête KPC a été effectuée au mois de Décembre 2001 selon la méthode d'enquête Lot Quality Assurance Survey (LQAS). L'enquête a été menée conjointement par le Medical Care Development International (MCDI) et le Service de Santé de District de Betioky Sud (SSD) dans les villages couverts par le projet. Chaque questionnaire a été administré à 19 mères d'enfants de moins de 02 ans dans chaque secteur sanitaire. L'enquête a utilisé 08 questionnaires.

En plus des données sur la couverture des activités du projet obtenues par l'agrégation des résultats par lot, l'enquête a aussi permis une comparaison des résultats entre les secteurs sanitaires selon que celui ci a atteint le niveau adéquat de couverture ou non pour une intervention donnée.

Les résultats de cette enquête sont surtout destinés à apprécier les progressions ou faiblesses relatives aux domaines du projet en vue d'améliorer la gestion du programme.

Allaitement maternel

Objectifs	Progression vers l'atteinte des objectifs ?	Commentaires
Augmenter de 11 à 25% le pourcentage d'enfants de moins de 06 mois allaités exclusivement au sein	OUI	L'agrégation des résultats obtenus dans les lots a montré que 43,1% (42% en 2000) des mères d'enfants de moins de 06 mois allaitent leurs enfants exclusivement au sein
Augmenter de 61 à 80% le pourcentage d'enfants âgés de 0 à 23 mois ayant eu des diarrhées et à qui le lait maternel a été donné à une quantité supérieure que d'habitude	OUI	L'agrégation des résultats obtenus dans les lots a montré que 75,3% (65% en 2000) des mères d'enfants de 0 à 23 mois allaitent leurs enfants diarrhéiques plus que d'habitude
Augmenter de 29 à 40% le pourcentage des mères qui ont initié l'allaitement au sein de son dernier enfant dès la première heure qui suit la naissance	OUI	L'agrégation des résultats obtenus dans les lots a montré que 43,8% (35% en 2000) des mères ont initié l'allaitement maternel dans la première heure de la naissance du dernier enfant

Programme élargi de vaccination

Objectifs	Progression vers l'atteinte des objectifs ?	Commentaires
Augmenter de 09 à 30% le pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois complètement vaccinés selon la carte de vaccination	OUI	L'agrégation des résultats obtenus dans les lots a montré que 26,6% (21% en 2000) des enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés
Réduire de 25 à 10% le pourcentage des enfants âgés de 12-23 mois qui disparaissent entre DTC1 et DTC3	OUI	L'agrégation des résultats obtenus dans les lots a montré que **10%** (7% en 2000) des enfants de 12-23 mois disparaissent entre DTC1 et DTC3. Pas de différence statistiquement significative entre ces deux résultats.
Augmenter de 21 à 40% le pourcentage des mères qui ont reçu deux doses ou plus de vaccin antitétanique (VAT)	NON	L'agrégation des résultats obtenus dans les lots a montré que seules **5,9%** (16% en 2000) des mères ont reçu deux doses ou plus de VAT. *Remarque : Ce résultat est lié à la faible utilisation des CPN par les femmes enceintes. En effet, pendant cette même enquête et sur la base des carnets de CPN, seules 7% des mères ont fait 02 CPN ou plus. Entre autres, cette situation est presque la même dans toute la région de Toliara.*

Lutte contre les maladies diarrhéiques

Objectifs	Progression vers l'atteinte des objectifs ?	Commentaires
Augmenter de 61 à 80% le pourcentage d'enfants âgés de 0 à 23 mois ayant eu des diarrhées et à qui le lait maternel a été donné à une quantité supérieure que d'habitude	OUI	**Voir promotion de l'allaitement maternel**
Augmenter de 53 à 70% le pourcentage des enfants âgés de 0 à 23 mois ayant eu des diarrhées et a qui on a donné plus ou la même quantité de liquide que d'habitude	OUI	L'agrégation des résultats obtenus dans les lots a montré que **94,1%** (61% en 2000) des enfants de moins de 24 mois et ayant eu des diarrhées ont reçu la même ou plus de quantité de liquide que d'habitude *Remarque : 77% plus de liquide que d'habitude et 17,1% même quantité que d'habitude*
Augmenter de 12 à 50% le pourcentage des mères qui cherchent des conseils ou des traitements en cas de diarrhées prolongées (plus de 14 jours) ou de diarrhées avec du sang de leurs enfants	OUI	Un problème d'échantillonnage s'est apparu pour le calcul de cet indicateur ne permettant pas de mesurer le niveau actuel. En effet, on n'a pas pu trouver 19 mères qui ont demandé conseil ou traitement quant leur dernier enfant a présenté une diarrhée dans chaque secteur sanitaire testé. Toute fois le chiffre trouvé lors de l'évaluation à mi-parcours en 2000 a montré une nette progression vers l'atteinte des objectifs (59%). *Remarques : Concernant la connaissance des mères, les signes qui les motivent à de0ander conseils ou traitements ont été surtout les signes de danger en cas de diarrhées de l'enfant à savoir les vomissements incoercibles (16,9%), l'hyperthermie persistante (55,2%), le refus d'eau (2,5%), le refus d'aliments (16,4%), les convulsions (2,7%), les signes de déshydratation tels l'absence de larmes et la dépression de la fontanelle (4,5%), et l'asthénie +++ (4 ,2%).*

Espacement des naissances

Objectifs	Progression vers l'atteinte des objectifs ?	Commentaires
Augmenter de 09 à 20% le pourcentage des mères non enceintes, ne désirant pas d'enfants dans les deux ans à venir et utilisant une méthode moderne de contraception	OUI	L'agrégation des résultats obtenus dans les lots a montré que 16% (15% en 2000) des mères non enceintes, ne désirant pas d'enfant dans les deux ans à venir et qui utilisent une méthode moderne de contraception
Augmenter à 25% le pourcentage des mères qui peuvent citer un lieu où sont donnés des conseils sur les méthodes modernes d'espacement de naissance	OUI	L'agrégation des résultats obtenus dans les lots a montré que **85,9%** (56% en 2000) des mères connaissent un lieu où sont donnés des conseils sur les méthodes modernes d'espacement des naissances *Remarque : Pour cet indicateur, il est fort possible d'avoir un biais car les mères enquêtées peuvent être tentées de répondre comme lieu de prestation des services de counselling sur les méthodes modernes de contraception.*

D'une façon générale, le projet a obtenu de succès sur l'ensemble des interventions et progresse vers l'atteinte des objectifs définis dans le document de mise en oeuvre du projet (Detailed Implementation Plan ou DIP).

1.2. Les progressions vers l'atteinte des objectifs de renforcement de capacité

Les différents niveaux	Objectifs selon DIP	Réalisations jusqu'à 2001
Project Manager	Formation en management Formation de formateur Mis à jour sur les techniques de la survie de l'enfant Formation sur la PCIME MIS design Formation en anglais	• Formation sur la PCIME • Formation sur la gestion de programme • Formation sur le montage de projet avec ENTREPRENDRE A MADAGASCAR • Formation de renforcement linguistique (Langue anglaise)
Administrateur		• Formation sur le montage de projet avec ENTREPRENDRE A MADAGASCAR
Responsable qualité de soins	Formation de formateur Formation sur le changement de comportement / remise a jour Formation sur la PCIME MIS desing Formation sur la supervision Formation en anglais	• Formation IEC • Formation PCIME clinique puis formation en formateur PCIME • Formation sur la MEP (non formelle) • Formation de renforcement linguistique (Langue anglaise) • Formation sur la gestion de projet (West Virginie, Washington)
HIS	Mis a jour sur les techniques de la survie de l'enfant Formation sur le monitorage Formation de formateurs Formation en PCIME	• Formation en Formateur AEPE • Formation sur la méthode MARP • Formation sur la MEP (non formelle) • Formation sur la méthode LQAS (non formelle) • Formation sur la statistique descriptive et inferentielle • Formation sur la programmation (Dbase, Access) • Formation de renforcement linguistique (Langue anglaise) • Formation sur le montage de projet avec ENTREPRENDRE A MADAGASCAR
Responsable des activités communautaires		• Formation informatique (bureautique) • Formation de renforcement linguistique (Langue anglaise)
Agents de santé	18 ASB formés en allaitement maternel 18 ASB formés en prise en charge des cas de diarrhée 18 ASB formés en PF 18 ASB formés en PEV Formations sur la CCC Formations sur la gestion	**Allaitement maternel** • 20 Agent de santé de base, 11 Médecins ont reçu de la formation initiale en allaitement maternel incluant AME, bonne pratique du counselling, MAMA, les aliments de sevrage • 20 chefs de poste et 5 responsables de programme, membres de l'EMAD ont reçu

Les différents niveaux	Objectifs selon DIP	Réalisations jusqu'à 2001
	d'information	de recyclage sur ce thème **PEV** • 20 Agents de santé de base, 11 Médecins ont reçu de formation initiale sur le politique national de la vaccination • 20 chefs de poste et 5 responsables de programme, membres de l'EMAD ont reçu de recyclage • 04 responsables de programme ont été formés sur la supervision formative • 01 agent de santé, responsable PEV/SSD a reçu la formation sur l'entretien de la chaîne de froid • 450 enseignants du CISCO ont été formés **PF/ SR** • 30 personnels de santé ont été formés en PF clinique(IEC/PF, SIG/PF, PF clinique, lutte contre les IST/SIDA) • 11 Agents de santé de base ont reçu une formation sur l'encadrement des ASBC • 30 Agents de santé de base ont été formés en Santé de reproduction Intégrée • 17 personnels de santé ont été formés en Maternité sans risque selon la méthode « 3A »' • 3 Médecins ont été formés sur la MLD (Méthode de Longue Durée) de contraception IMPLANT **PCIME** • 14 personnels de santé ont été formés en PCIME clinique selon la méthode de formation classique • 11 Médecins et 07 membres de l'EMAD ont été introduits en PCIME clinique selon la méthode « 3A » • 07 personnels qui ont reçu la formation classique ont été recyclés
Staffs SSD	Formation sur la technique clinique de survie de l'enfant Formation sur la communication pour le changement de comportement Formation sur la supervision Formation sur la gestion d'information	• Formation de 3 responsables de programme sur la technique de base de l'IEC • Formation de 04 responsables de programme du SSD sur la supervision, • Formation du responsable PEV sur l'entretien de la chaîne de froid, • Formation sur la méthode d'évaluation participative

Les différents niveaux	Objectifs selon DIP	Réalisations jusqu'à 2001
Associations communautaires		**Mutuelle de crédit communautaire** • Formation des membres de bureau sur la gestion (gestion de l'association, gestion des fonds, utilisation outils de gestion) et suivi de la mutuelle **Association des Volontaires communautaires** • Formation de 8 Associations sur le montage des organisations associatives a base communautaire • Formation de 3 Associations de VCS sur le montage et la gestion des Activités Génératrices de Revenus (AGR) **Associations / ONG locales** • Formation de 15 membres de la VEMIMA sur le montage des organisations associatives • Formation de 03 membres de la VEMIMA sur la Santé de Reproduction Intégrée a base communautaire • Formation de 15 membres de la VEMIMA sur les techniques de base de communications et les messages sur l'intervention de la Survie de l'Enfant (PEV,PF, Allaitement maternel, Prise en charge a domicile des cas de diarrhée, Maternité sans risque)
Volontaires communautaires	Formation sur la technique IEC – mobilisation sociale Remise a jour sur la technique IEC et mobilisation sociale 142 VCS formés sur l'allaitement 142 VCS formés sur PF 142 VCS formés sur le PEV 142 VCS formés sur la prise en charge a domicile des cas de diarrhée	• Formation de 268 VCS sur la TBC • Formation de 249 VCS sur l'allaitement maternel incluant l'AME, technique de l'allaitement, … • Formation de 233 VCS sur PF • Formation de 207 VCS sur PEV • Formation de 268 Diarrhée (Promotion de lutte contre les maladies diarrhéiques et choléra, prise en charge à domicile des MD) • Recyclage de 167 VCS recyclés sur les 04 thèmes • Supervision trimestrielle de 193 VCS • Réunion mensuelle de 08 associations VCS • Formation de 85 ASBC sur la TBC, les messages sur la promotion des méthodes contraceptifs, la gestion d'un site de distribution communautaire de contraceptifs • Recyclage de 40 ASBC

1.3. Les progressions vers l'atteinte des objectifs de pérennité

Buts	Objectifs	Progression vers l'atteinte des objectifs ?	Commentaires
Les VCS deviendront des agents de changement	- Les VCS formés assurent la promotion des comportements bénéfiques pour la santé auprès des villages - Les communautés répondent positivement à l'éducation, le conseil et la promotion des VCS	OUI	249 VCS formés en allaitement maternel, 207 VCS formés en promotion de la vaccination, 268 VCS formés sur la lutte contre les maladies diarrhéiques, 223 VCS formés en promotion de l'espacement des naissances, 85 agents communautaires de distribution de contraceptifs. Taux d'abandon des VCS de moins de 07% depuis le début du projet. 08 groupes VCS ont été formalisés en association légale. Chaque association de VCS a et exécute son propre plan d'activités, de suivi et de remise à niveau avec l'appui de la commune et de la Délégation de l'Animation Rurale. Chaque volontaire alloue en moyenne 04 heures par semaine pour le travail de promotion sanitaire à titre bénévole. Des changements de comportement palpables sont appréciés au niveau de la population (Voir : tableau sur la progression vers les objectifs techniques.) Des initiatives pour la motivation des volontaires à partir des fonds renouvelables ont été mises en œuvre. 03 associations réalisent des activités génératrices de revenus. La Commune commence à appuyer les initiatives des VCS à travers la création d'un comité de santé locale qui coordonne les activités avec les VCS, la création de lignes budgétaires pour le fonctionnement des VCS.
Les VCS mobilisent les communautés pour qu'elles demandent des services de survie de l'enfant de qualité	- les VCS mettent en place le système de suivi communautaire pour assurer le suivi des personnes qui abandonnent le programme de vaccination et motive les mères pour les interventions de survie de l'enfant - les VCS conseilleront les personnes prestataires communautaires de soins sur les risques, les symptômes et les meilleures pratiques pour les enfants de moins de deux ans - Les VCS et le personnel des CSB soutiennent le recours a la référence et à la contre-référence	OUI	Une nouvelle approche de mobilisation sociale est adoptée pour renforcer l'approche déjà en place. Il s'agit de l'approche VISA Le système de référence communautaire (référence maladie et référence PEV) est performant dans 02 secteurs sanitaires. Festivités de mobilisation sociale tenues régulièrement en collaboration avec les autorités locales et la communauté. Réunions régulières entre les VCS et les groupes de soutien villageois La promotion PF et la fonctionnalisation des sites PF communautaires sont assurées par les ASBC (Agents Communautaires à base communautaire)
Le SSD et les CSB répondent aux exigences d'accès aux soins de qualité	- La formation continue dans les services renforce la performance des agents de santé dans les CSB - le SSD dispose d'un mécanisme régulier de réapprovisionnement en	OUI	31, 36, 32, 30 et 04 personnels de santé ont été formés respectivement en allaitement maternel, PEV, PCIME, planification familiale et méthode de contraception de longue durée (implant). Le post test de la formation et le suivi de la formation ont montré un acquis considérable quant à la connaissance et compétence de ces personnels concernant la prise en charge des cas. Toutes les formations ont suivi le module et protocole en vigueur.

Buts	Objectifs	Progression vers l'atteinte des objectifs ?	Commentaires
	médicaments essentiels et fournitures - le personnel du SSD est guidé par l'adhésion aux protocoles d'intervention et par une performance de qualité		Remise à niveau systématique et périodique du personnel de santé effectuée par des responsables de programmes formés. Système fiable d'approvisionnement de médicaments en place avec recouvrement des coûts. 100% des CSB ont un stock adéquat de médicaments essentiels dans les 06 derniers mois de l'année. Algorithme et ordinogramme de prise en charge en place et appliqués. Plan de supervision élaboré et exécuté par l'EMAD. Le problème de compétence des superviseurs reste à solutionner. Outil de supervision utilisé et élaboré conjointement avec l'équipe de l'EMAD et basé sur l'évaluation et le renforcement des compétences du personnel de santé en place.
Les communautés soutiennent les modèles de cofinancement des services de santé	- Les communautés soutiennent une approche équitable du cofinancement basée sur des tests pilotes - Les politiques des prix pour les médicaments et les services sont pro-survie de l'enfant - Le SSD développe leur compétence en gestion financière et en planification pour soutenir les efforts communautaires de recouvrement des coûts	OUI	Un système pilote de mutuelle de crédit pour la santé testé, viable et fonctionnel assurant l'accès aux soins payant des membres à tout moment. Taux d'adhésion à plus de 80% de la population. Taux de non remboursement de crédit très minime. Taux de fréquentation du CSB augmenté. Etude de replicabilité en cours. Prix subventionné du SRO appliqué.

1.4. Les réalisations en fin de l'année fiscale 2001 par rapport aux activités programmées (Tableau B du DIP)

1.4.1. La promotion de l'allaitement maternel

IN PUT PRINCIPAUX PROGRAMMES JUSQU'A LA FIN DU PROJET	REALISATION EN FIN 2000
- Formation de 18 personnels de santé en matière de promotion de l'allaitement maternel, incluant les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif, la pratique de counselling, la méthode d'aménorrhée lactationnelle et l'alimentation de sevrage. - Orientation des personnels des centres de santé de base (CSB) dans l'Initiative des Hôpitaux Amis de Bébé et aux protocoles du Ministère de la Santé. - Mise en place et formation de 142 volontaires de santé sur la promotion de l'allaitement maternel - Mise en place de groupes informels de soutien à l'allaitement maternel (AM) - Implication des matrones, guérisseurs traditionnels, des chefs religieux etc. dans la promotion de l'allaitement maternel. - Renforcement de la supervision du personnel de santé et des volontaires de santé à travers des visites, observations des séances de counselling et feed back des mères - Adaptation et dissémination des messages pour la promotion de l'allaitement maternel	- 31 prestataires de services ont reçu une formation initiale en matière de promotion de l'allaitement maternel. - Le projet a appuyé l'initiative des hôpitaux amis de bébé dans les 02 Centres Hospitaliers du District de Betioky Sud grâce à la remise à niveau de 06 personnels de santé, à leur suivi périodique et à la dissémination des guides et affiches sur l'IHAB - 249 volontaires communautaires ont été formés en promotion de l'allaitement maternel et fournissent des services de counselling auprès de la communauté - 05 groupes de soutien informels ont été identifiés - ***(Quant au renforcement de la supervision du personnel de santé du personnel de santé : voir section sur la vaccination.)*** - Approvisionnement en supports d'éducation sanitaire auprès des partenaires et du Ministère de la Santé. Le projet a jugé qu'il est préférable de tester d'abord l'efficacité de ces supports visuels disponibles et qu'il n'est pas encore nécessaire d'en produire d'autres. - Développement et dissémination des supports audio sous forme de radio rurale[1]. - Le message sur la pratique d'allaitement des nouveau-nés a été adapté de façon à établir un consensus entre l'infusion à qui les familles croient très utile pour donner la force et la résistance aux enfants et l'allaitement maternel exclusif. - Généralisation de la mise en oeuvre de l'approche enfant pour enfant dans toutes les écoles primaires de la Circonscription scolaire de Betioky Sud (soit 140 écoles publiques et 14 écoles privées) avec la formation de plus de 450 enseignants en matière de promotion de l'allaitement maternel - Mise en place et fonctionnalisation d'un Comité Intersectoriel d'Appui - Mise en œuvre des activités génératrices de revenu comme moyen de motivation des volontaires au niveau de trois sites. - Officialisation de08 groupes de volontaires en associations autonomes et légales

1.4.2. Le Programme élargi de vaccination

IN PUT PRINCIPAUX PROGRAMMES JUSQU'A LA FIN DU PROJET	REALISATION EN FIN 2000
- Renforcement de la chaîne de froid et de sa fonctionnalité dans l'ensemble des 11 formations sanitaires dans l'aire de projet, en coordination avec l'UNICEF et le Ministère de la Santé. - Formation initiale et continue des 18 personnels de santé[2] et supervision sur le protocole PEV, gestion des vaccins,	- 19 sur 20 formations sanitaires du SSD de Betioky Sud ont une chaîne de froid fonctionnelle - 100% des centres à réfrigérateur ont un approvisionnement régulier en pétrole durant les 06 derniers mois grâce à la réorganisation du système

[1]Enregistrement sur support audio et dissémination des expériences, faits et réalisations des familles. Ces supports ont été distribués à des points d'écoute pour des écoutes collectives.

maintenance de la chaîne de froid, les opportunités manquées, les rattrapages (politique PEV). - Mise en place et formation des 142 volontaires de santé sur la promotion de la vaccination, le suivi et la surveillance villageois. - Etablissement d'un système de référence entre les Volontaires de Santé et les Centres de santé incluant un système d'enregistrement à double entrée pour le suivi des abandons. - Adaptation et mise en œuvre des stratégies appropriées de mobilisation sociale et de IEC. - Renforcement de la capacité de supervision du SSD pour permettre un suivi et encadrement fréquent pour assurer la qualité des services de vaccination.	d'approvisionnement - 36 ASB ont reçu une formation initiale en matière de Programme Elargi de Vaccination selon la nouvelle politique PEV du Ministère de la Santé. - 25 ASB ont reçu un recyclage sur la vaccination - 207 VCS ont reçu une formation en matière de promotion de la vaccination. - 02 secteurs sanitaires ont établi un système de référence entre les VCS et les CSB (Ankazomanga et Antohabato). - Elaboration conjointe (EMAD/MCDI) d'un outil de supervision des centres de santé - Formation de 04 responsables de programme sur la supervision formative et les outils de supervision - Réorganisation et planification opérationnelle de la supervision du district en tenant compte de l'étude du circuit de supervision, du rythme, des ressources à long et à court terme du SSD - Appui à l'exécution de la supervision effective par la participation, le renforcement des moyens de locomotion (réparation des motos et emprunt de véhicule), la fourniture en fiche de supervision, et la prise en charge de l'équipe de supervision. - Mise en oeuvre de l'approche enfant pour enfant dans 154 écoles primaires avec la formation de plus de 450 enseignants en matière de promotion de la vaccination - Mise en place et fonctionnalisation d'un Comité Intersectoriel d'Appui

1.4.3. Le contrôle de la maladie diarrhéique

IN PUT PRINCIPAUX PROGRAMMES JUSQU'A LA FIN DU PROJET	REALISATION EN FIN 2000
- Amélioration de l'approvisionnement en SRO et de soluté électrolytique de perfusion de tous les centres de santé dans l'aire de projet - Formation initiale, formation continue et supervision de 20 personnels de santé sur la prise en charge des cas de diarrhée selon le protocole du Ministère de la Santé - Mise en place et formation de 142 volontaires de santé, incluant des matrones et des guérisseurs traditionnels sur le protocole de prise en charge à domicile des cas de diarrhée, l'évaluation et la référence des cas graves - Promotion de la distribution à base communautaire des sachets de SRO à un coût abordable - Adaptation et mise en oeuvre des stratégies IEC et de mobilisation sociale appropriées pour la lutte contre la diarrhée - Exploration de l'introduction de four solaire comme moyen pour pasteuriser l'eau de boisson	- Appuis technique et logistique au programme de ''participation financière des usagers'' du Ministère de la Santé pour améliorer la disponibilité des médicaments essentiels dans les centres de santé (pour la mise en place et pour les moyens de locomotion). - Formation de 14 personnels de santé en matière de PCIME clinique selon le protocole national - Formation selon la méthode d'auto apprentissage assistée de 18 personnels prestataires en matière de PCIME (en cours). - Mise en place et formation de 268 volontaires de santé en matière de prise en charge à domicile des cas de diarrhée utilisant la TRO, le dépistage des signes de danger, la référence des cas graves, la prévention - Adaptation et mise en oeuvre d'une stratégie de communication pour le changement de comportement basée sur les volontaires de santé, les écoles, les groupes de soutien et les autorités locales. Développement des supports IEC audio basés sur des témoignages vivants, des sketches, des exposés et des spots. - Dissémination des gammes de supports IEC sur la diarrhée couvrant l'ensemble des messages clés (carte conseil, prospectus, affiches, gazety, cassette audio, banderole etc.) - La promotion à base communautaire de SRO ainsi que l'exploration de l'introduction de four solaire n'ont pas été entreprises. - Mise en oeuvre de l'approche enfant pour enfant dans 154

[2]Recommendations on the findings from the technical review of the Betioky child survival's DIP. Rapport de consultation. MCDI. August 1998.

	écoles primaires avec la formation de plus de 450 enseignants en matière de lutte contre les maladies diarrhéiques - Mise en place et fonctionnalisation d'un Comité Intersectoriel d'Appui

1.4.4. La planification familiale

IN PUT PRINCIPAUX PROGRAMMES JUSQU'A LA FIN DU PROJET	REALISATION EN FIN 2000
- Formation initiale de 12 ASB en matière prestation des soins d'espacement de naissance, IEC-PF, SIG-PF. - Assurer l'approvisionnement en contraceptifs des 12 centres de santé dans l'aire de projet. - Mise en place et formation de 142 volontaires de santé sur la promotion de l'espacement des naissances. - Adaptation et la dissémination des messages et de la stratégie de mobilisation sociale sur l'espacement des naissances comprenant : (1) l'implication des 142 VCS dans l'identification des nouveaux utilisateurs potentiels, (2) le ciblage de la prévention de la grossesse des adolescentes à travers des activités IEC appropriées, (3) le ciblage des maris, grands-mères et belles-mères sur les bénéfices de l'espacement des naissances, (4) le développement et la mise en oeuvre d'un système de motivation à bas coût des ASB et les VCS pour la promotion de l'espacement des naissances - Extension de la distribution à base communautaire des contraceptifs et des préservatifs. - Extension des services de planification familiale au secteur médical privé. - Tenue d'un atelier de planification stratégique avec les responsables clés du Ministère de la Santé pour augmenter le soutien pour l'intervention de l'espacement des naissances.	- Tous les 20 CSB du SSD de Betioky prêtent le service de PF (soit 15 nouveaux sites nouvellement ouverts), convenablement équipés et gérés par des personnels formés. - 30 personnels de santé ont reçu une formation initiale en matière de planification familiale selon le protocole du Ministère de la Santé - 11 chefs CSB de l'aire de projet ont été formés en formateur des agents de distribution à base communautaire. - Le responsable PF du SSD a été formé en tant qu'encadreur clinique PF du SSD. Cependant, elle a été affectée hors du District. - 100% des CSB du SSD de Betioky Sud ont un stock en contraceptifs adéquat dans les 06 derniers mois. - 233 VCS formés sur la promotion de l'espacement des naissances (les bénéfices, les messages, le ciblage des personnes influentes et des populations vulnérables, le suivi des abandons) sont fonctionnels. - 85 ASBC (Agents distributeurs de contraceptifs à base communautaire) ont été formés sur la distribution à base communautaire. Seulement 40 de ces ASBC sont actuellement fonctionnels. - 10 des 20 secteurs sanitaires du SSD de Betioky Sud ont des sites fonctionnels de distribution à base communautaire. - 04 personnels du SSD ont été formés en méthodes de contraception de longue durée (Implant)

1.4.5. La mutuelle de crédit

Dans le cadre des recherches opérationnelles et pour améliorer l'accessibilité financière de la population face au recouvrement des coûts instauré par le Ministère de la Santé, la Mutuelle de crédit constitue l'une des solutions pour une meilleure organisation et un partage indirect des coûts au sein de la communauté.

Durant l'année 2001, il a été constaté que face à cette mutuelle, la communauté de la zone pilote est arrivée à une maturité qui leur a permis d'être entièrement impliquée et habituée à ce modèle de financement communautaire et que le retrait de MCDI préalablement précédé du transfert de compétence avec les responsables communautaires de la mutuelle devrait être mis en œuvre pour assurer une meilleure pérennisation du plan de crédit communautaire.

Cependant, la fermeture du centre de santé pendant la période d'avril en octobre 2001 liée à l'existence d'une situation conflictuelle entre l'agent de santé et la communauté a provoqué une chute de l'utilisation des crédits et du taux d'utilisation des consultations.

Avec la contribution du responsable de suivi et des recherches opérationnelles, de la DIRDS et du Secrétariat Général du Ministère de la Santé, le projet a sorti et présenté à l'Université d'Antananarivo et au Minisan un document préliminaire mettant en évidence les résultats de l'évaluation de la première année d'existence de la mutuelle. Les feed-backs recueillis sont en faveur de la réplication et même de la généralisation du plan de crédit dans le territoire national en vue de mieux sécuriser le recouvrement des coûts du Ministère de la Santé. Par conséquent, la réplication devrait être mise en œuvre tout en tenant compte des recommandations constatées lors de l'évaluation à mi-parcours.

Le projet a procédé au renforcement des capacités des membres des comités de gestion de la Mutuelle par des suivis périodiques sur terrain et le recyclage de ces responsables dans la gestion et le suivi des fonds.

2. LES FACTEURS QUI ONT CONTRIBUE A LA REALISATION DE CES RESULTATS

2.1. L' amélioration de la collaboration entre le SSD et le MCDI : Soulevée par l'évaluation à mi parcours comme étant l'une des priorités à adresser par le MCDI pour la continuité du projet, la collaboration entre le SSD et le projet s'est nettement améliorée pendant cette année fiscale 2001. En Mars 2001, un atelier de team building suivi d'un atelier de planification conjointe ont été tenus avec le SSD en collaboration avec la DIRDS et la Mission USAID pour redresser la situation de partenariat entre les deux parties (SSD et MCDI). Au terme de ces ateliers et d'un commun accord :

- l'accord cadre entre le Ministère de la Santé et le MCDI a été revu et approuvé,
- le plan d'action du projet de survie de l'enfant à Betioky a été inséré dans le Plan de Développement du district, condition siné qua none pour l'engagement du district dans la mise en œuvre de tel projet,
- un document cadre d'exécution du projet où toutes les dispositions techniques et relationnelles nécessaires pour l'exécution du projet sont mentionnées a été élaboré et approuvé Ce document est devenu le document officiel de base du projet. L'amélioration de cette collaboration a conduit à la prise de responsabilité de l'EMAD et des autorités du SSD vis-à-vis du projet, son appropriation par le SSD et l'amélioration de la coordination du projet.

2.2. Le soutien continu de la DIRDS : Tout d'abord, la DIRDS a joué un rôle capital dans l'amélioration de la collaboration entre le SSD et le MCDI par la facilitation des dialogues politiques et le parrainage des accords entre les deux parties (document technique d'exécution). La DIRDS a participé aux ateliers de team building et de planification de Mars 2001. Elle a aussi tenu un rôle important dans la concrétisation de ces accords en effectuant des suivis réguliers sur terrain et en organisant des réunions de revue périodique des réalisations. La DIRDS a toujours été impliquée dans la résolution des problèmes sur terrain que soit technique ou relationnelle à tous les niveaux (communauté, SSD, autorités locales).

La capacité en gestion de programme des responsables du SSD est aussi améliorée grâce à l'appui technique de la DIRDS par la mise en place et le suivi des indicateurs des SSD et par l'organisation d'une réunion de suivi trimestriel avec le SSD et l'ensemble de ses staffs (Responsables de programmes, chefs de postes, prestataires et administratifs). Ces efforts ont conduit à une meilleure exécution du plan de développement du district dont le PSE en fait partie.

2.3. Partenariat de plus en plus ancré avec la Délégation de l'Animation Rurale (DAR) : La DAR a contribué à l'atteinte de ces résultats grâce à son engagement dans les activités communautaires du projet. Comme mentionné dans les rapports annuels antérieurs, le Ministère de l'Information a détaché un de ses personnels pour aider le projet dans la mise en œuvre des activités communautaires du projet. Si auparavant, cette personne travaillait à mi-temps pour le projet (03 demi-journées par semaine), cette contribution est devenue un travail à plein temps à partir de l'année 2001. Cette

personne est devenue le Responsable de l'Education Sanitaire du projet. Elle coordonne et exécute cette activité en collaboration avec le Responsable IEC du SSD. Ceci a conforté les résultats déjà positifs du projet quant aux connaissances et pratiques de la population. Notons que cette situation facilite le transfert progressif du volet communautaire à la DAR.

2.4. Soutien de la part du Volontaire du Corps de la Paix : Le Volontaire du Corps de la Paix (VCP) prend une part active dans la mise en œuvre des activités IEC du projet en assistant le Responsable de l'Education Sanitaire dans l'exécution de ses tâches. En effet, le VCP a travaillé de façon permanente au sein du projet pour le suivi des volontaires, le développement des approches innovatrices de mobilisation sociale telle l'approche VISA, et le développement des outils utiles pour la gestion des activités communautaires (modules de formation, outils de supervision, outil de planification). De part sa disponibilité, le VCP a véritablement renforcé le personnel de MCDI.

2.5. Plus d'engagement de la part des communautés et des autorités locales : Faisant suite à la présentation des résultats de l'évaluation à mi-parcours, lesquels ont mis en évidence les progrès effectués par le projet ainsi que les points à améliorer, la communauté et les autorités locales ont vu leur enthousiasme renouvelé. L'auto responsabilisation et l'appropriation se sont accentuées. C'est ainsi que les autorités locales ont commencé à prendre une part active dans la mobilisation sociale et le support des volontaires de santé (logistiquement, financièrement et/ou institutionnellement). La communauté est devenue plus attentive aux actions de communication pour le changement de comportement et y participe un peu plus (approche VISA). La motivation des volontaires s'est améliorée au vu de ces résultats et l'organisation des volontaires en associations formelles s'est traduite à leur auto responsabilisation accrue. En effet, sous l'appui du projet, chaque association a développé un plan d'action pour atteindre ses objectifs dont figure l'amélioration de la santé des enfants et des mères. Les membres de bureau de chaque association se sont auto-responsabilisés pour le suivi de l'exécution et la supervision de ses membres. Cet aspect est un indice en faveur de la pérennité du projet.

La mise en œuvre de l'approche VISA a conduit au suivi de près d'un groupe de population cible et à une mobilisation sociale intensive et soutenue avec un minimum d'in put extérieurs nécessaires. Cette approche a apporté un ''nouveau sang'' dans les activités des VCS et une responsabilisation des groupes cibles eux-même conduisant à une remotivation de l'ensemble de la communauté.

2.6. L'effort pour une supervision soutenue des CSB : Le renforcement de la supervision a marqué cette année fiscale 2001. Ceci a conduit à l'amélioration de l'offre des soins au niveau des CSB laquelle s'est traduite à la réduction des ruptures de service (absence de séances de vaccination par exemple) fourni à la population et l'amélioration qualitative de la prestation de soins. L'amélioration de la supervision est le résultat d'une coordination efficace aussi bien programmation que ressources entre le projet et le SSD. En conséquence, le SSD a pu mieux répondre aux besoins et difficultés sur terrains que rencontrent les CSB et a pu plaider en faveur des activités de survie de l'enfant auprès des CSB et de la communauté.

2.7. La tenue régulière des revues mensuelles du district : Un effort particulier a été fourni de la part du projet pour la réalisation des réunions de revue mensuelle avec les Chefs de CSB. Ces réunions ont permis l'information régulière, le feed back, la remise à niveau des personnels de santé, le suivi et la planification des activités des centres de santé. Ceci a nettement amélioré la gestion du SSD de façon à s'aligner vers l'exécution du plan de développement du district dont fait partie le projet de survie de l'enfant.

2.8. Les efforts pour le renforcement de capacité des Responsables de programmes (PF/PEV) : Depuis l'évaluation à mi-parcours, MCDI a fourni plus d'efforts pour le renforcement de la capacité des responsables de programmes au niveau du SSD à gérer les programmes de santé sous leur

responsabilité. Ceci a nettement amélioré leur connaissance en matière de survie de l'enfant et la mise en œuvre du plan de développement du district conjointement avec celui du projet.

2.9. Amélioration des moyens logistiques du projet : L'acquisition d'une deuxième voiture a amélioré l'exécution des activités Du projet. En outre, cette acquisition a permis de renforcer le SSD *(1)* dans le système de transport des médicaments essentiels et des matériels critiques (vaccins, pétrole, contraceptifs) vers les CSB périphériques et *(2)* dans la réalisation des activités de vaccination (stratégies mobiles)

En outre, l'acquisition de nouveaux ordinateurs a permis une fluidité du travail en général.

3. LES CONTRAINTES ET LES DISPOSITIONS ENTREPRISES POUR LES SOLUTIONNER

3.1. Baisse des efforts dans l'approche multisectorielle

En raison de la réorientation stratégique du projet sur la collaboration entre MCDI et le SSD, de la mise en place par l'Etat des différents organes de lutte contre le Choléra tel le COLC, le comité intersectoriel , en convention avec les différents partenaires et acteurs impliqués, a été introduit dans le COLC. Ainsi, ce dernier s'occupe principalement de la coordination de la lutte contre le choléra qui est devenue la priorité des priorités pour le district en raison de son ravage. De ce fait, les efforts du projet promus dans cette approche multisectorielle ont été diminués. Cette baisse des efforts a aussi été liée au changement du personnel de la Sous-Préfecture en particulier le Sous-Préfet, qui en principe est le coordonnateur du comité intersectoriel.

Avec l'aide des partenaires et des acteurs impliqués, le projet prévoit à une relance de cette approche multisectorielle afin d'assurer une pérennisation des activités de promotion de la Survie de l'Enfant tout en impliquant le nouveau Sous-Préfet à ses futures attributions dans le comité.

3.2. Le changement de la stratégie de formation du Ministère de la Santé

Depuis l'année 2000, le Ministère de la santé a abandonné la méthode classique de formation qui est le stage bloqué en groupement en optant en faveur de l'auto apprentissage assisté qui est une méthode auto didactique basée sur des modules et outils spécialement développés à cet effet. Depuis, la tenue des formations classiques pour le personnel de santé a été interdite.

De part la durée de la formation elle-même (04 mois au minimum pour un thème, cas de la santé de la reproduction) et l'attente de nouveaux modules, la mise en œuvre de l'approche 3A a entraîné le ralentissement du rythme de formation du personnel de santé.

En outre, la politique du Ministère de la Santé pour le redéploiement du personnel a conduit à l'affection d'une partie du personnel déjà formé par le projet et l'arrivée de nouveau personnel non encore formé.

Ainsi, le projet a été contraint de réorienter la stratégie de formation en adoptant la méthodologie en vigueur du Ministère de la Santé. Le projet s'est engagé à la prise en charge de la revue mensuelle au niveau du district et au renforcement des appuis à la supervision des CSB pour assurer le recyclage et l'encadrement du personnel en formation. Ce qui a impliqué le réajustement du budget de formation.

Par ailleurs, l'adoption par le Ministère de la Santé de la PCIME a contraint le projet d'être impliqué dans la prise en charge de cette approche dans son intégralité.

3.3. Changement des chefs de postes

La politique du Ministère de la Santé sur la mise en place de médecin au niveau de chaque commune a entraîné un changement de l'attribution des tâches au niveau du personnel de santé déjà existant de chaque CSB. En effet, la responsabilité du chef de centre est revenue aux nouveaux médecins récemment recrutés.. L'initiation et l'implication de ces derniers aux programmes déjà mis en œuvre par le projet au niveau des centres de santé et au niveau communautaire ont pris une certaine marge de temps créant ainsi une situation de transition assez longue et un état de flottement des activités liées au projet. Il en est de même pour le redéploiement du personnel des CSB (infirmiers, sage-femmes, aides sanitaires, assistants de santé) dont la transition est parfois longue et induisant le même effet de flottement à ce niveau.

3.4. Problème de continuation des activités AEPE après la tentative de retrait de MCDI

Dès la mise en œuvre de l'approche Enfant pour Enfant, le projet a opté pour une participation active de la CISCO dans l'exécution du programme au niveau de chaque école. Aussi, la CISCO, par ses formateurs qui ont été formés par des techniciens de l'UERP et ceux du staff de MCDI, est responsable du volet formation dans le domaine de l'AEPE. Elle a procédé à la formation de tous les enseignants de la Sous-Préfecture de Betioky Sud sur cette approche.

Avec l'appui technique du responsable des recherches opérationnelles du projet, les responsables de la CISCO ont élaboré un plan de suivi, de supervision et de remise à niveau des enseignants. Des outils de suivi et de supervision ont été confectionnés pour faciliter la tâche des superviseurs. dans ce domaine. Ces derniers ont pu réaliser le suivi groupé, le recyclage des enseignants et la supervision au niveau de quelques écoles.

Dans le souci de la pérennisation des activités et des résultats dans cette approche, un accord cadre de collaboration entre la CISCO et le MCDI a été établi enfin de mieux élucider les attributions de chaque partie dans la mise en œuvre et l'exécution du programme de l'AEPE. Cet accord stipule que le MCDI constitue un organe d'appui (surtout technique) et que la CISCO est responsable du suivi, de la supervision et de la remise à niveau des différents acteurs du programme en particulier les enseignants.

Pendant l'année 2001, un certain manque de motivation a été observé au niveau de la CISCO entraînant un ralentissement des activités liées à l'approche telles le suivi, la supervision et la remise à niveau des enseignants. Ceci est attribué au fait qu'il existe une mauvaise appréciation de l'appropriation et de responsabilisation sur l'approche au niveau des responsables de la CISCO entraînant un état d'attentisme vis-à-vis de l'exécution des activités de l'AEPE. Ainsi, pour améliorer cette situation, le projet a effectué une réunion de remise à jour de l'accord cadre de collaboration. Le plan de retrait de MCDI va être conjointement élaboré avec les responsables de la CISCO.

3.5. Taux de déperdition des ASBC de 50%

Selon le texte initial du Ministère de la Santé, les ASBC devraient bénéficier des 50% des recettes obtenues à partir de la vente des contraceptifs. L'introduction de la Participation Financière des Usagers a entraîné 02 grands changements : (1) l'introduction des produits contraceptifs parmi les éléments pris en compte par le recouvrement des coûts et (2) la restructuration du système d'approvisionnement des ASBC (paiement à chaque commande). A cet effet, l'application du texte

initial n'est plus valable et les ASBC ne pourront plus profiter de leur part (50% des recettes) comme motivation. En outre, l'accessibilité aux produits est devenue de plus en plus compliquée pour ces agents à base communautaire car ils doivent payer à l'avance les contraceptifs qu'ils ont besoin. Ces situations associées à l'existence des périodes de flottement liée à l'arrivée de nouveaux médecins de commune expliquent la diminution de l' enthousiasme des ASBC.

4. LES ASSISTANCES TECHNIQUES RECUES PENDANT L'ANNEE 2001

4.1. La mutuelle de crédit

Les assistances techniques reçues dans le cadre du modèle pilote de financement communautaire ont été axées sur l'amélioration des outils de suivis, sur la réalisation de l'évaluation de la première année d'activités de la mutuelle et sur l'élaboration du premier document compilant les résultats de cette évaluation.

Ces assistances ont été fournies conjointement par l'équipe de la DIRDS, du Ministère de la santé en particulier le Secrétariat Général et de l'économiste de santé, Dr Chris Schwabe.

4.2. La méthodologie auto apprentissage assisté

Le MINSAN a réorienté sa politique de formation à partir de l'année 2000. La formation classique habituelle, nécessitant le regroupement de tous les participants dans un lieu déterminé, engendre l'absence parfois trop prolongée des Agents de santé de son poste. Le MINSAN en tenant compte de la nécessité de la continuité de service auprès des utilisateurs, a estime qu'il est indispensable de changer cette situation tout en assurant la formation et l'encadrement continu du personnel de santé.

La méthodologie de l'auto apprentissage se résume comme une approche autodidacte, basée sur des modules confectionnés à cet effet. Les membres de l'EMAD et les médecins de commune sont d'abord orientés par l'équipe de la DIRDS pour être des encadreurs. Ils assurent par la suite de l'encadrement des agents de santé (infirmiers, sage-femmes, aides sanitaires) : c'est « *l'introduction auprès des agents de santé* ».

L'encadrement se fait en trois suivis :
- le premier suivi correspond à l'explication aux agents de santé de l'approche 3A et des points essentiels des modules,
- le deuxième suivi , réalisé par l'équipe de l'EMAD et de la DIRDS, consiste à relever les problèmes rencontrés par l'apprenant et de les solutionner si possible, à recueillir les suggestions, et assurer l'encadrement pratique. Ce deuxième suivi peut être réalisé pendant les revues mensuelles en procédant par des encadrements groupés.
- Le troisième suivi avec la participation de l'EMAD, de la DIRDS et de l'équipe centrale équivaut à l'évaluation finale et à la certification des apprenants.

L'Auto Apprentissage Assisté « 3A » a pour avantages : (1) la présence permanente du personnel de santé dans les centres, (2) l'apprentissage suivi de pratiques immédiates dans le cadre de travail, (3) l'assistance continue des formateurs.

Durant l'année 2001, la méthode 3A a été appliquée pour la formation en MSR. En ce qui concerne la PCIME, la formation est en phase d'orientation.

5. LES CHANGEMENTS DANS LE DIP

5.1. Les changements vis à vis des objectifs

Indicateurs	Anciens objectifs	Niveau fin 2000	Nouveaux objectifs
Pourcentage des enfants de 11 à 23 mois complètement vaccinés grâce à la carte infantile	Augmenter de 9 à 30%	21%	Sans changement
Pourcentage des enfants âgés de 12- 23 mois qui disparaissent entre DTC1 et DTC3	Réduire de 25 à 10%	07%	Maintenir à 07%
Pourcentage des mères qui ont reçu deux doses ou plus de TT	Augmenter de 21 à 40%	16%	Sans changement
Pourcentage d'enfants de moins de 06 mois allaités exclusivement au sein	Augmenter de 11 à 25%	42%	Atteindre 55%
Pourcentage des enfants âgés de 0 à 23 mois ayant eu de la diarrhée et à qui le lait maternel a été donné à une quantité supérieure que d'habitude	Augmenter de 61 à 80%	65%	Atteindre 75%
Pourcentage des mères qui ont initié l'allaitement au sein de son dernier enfant dès la première heure de sa naissance	Augmenter de 29 à 40%	35%	Atteindre 45%
Pourcentage des enfants âgés de 0 à 23 mois ayant eu de la diarrhée et à qui on a donné plus de liquide ou la même quantité de liquide que d'habitude	Augmenter de 53 à 70%	63%	Sans changement
Pourcentage des mères qui cherchent des conseils ou des traitements quand leur enfant a une diarrhée prolongée (plus de 14 jours) ou une diarrhée avec du sang	Augmenter de 12 à 50%	59%	Atteindre 70%
Pourcentage de mères non enceintes, ne désirant pas d'enfant dans les 2 ans à venir, utilisant une méthode contraceptive moderne	Augmenter de 09 à 20%	15%	Atteindre 25%
Pourcentage des mères qui peuvent citer un lieu où sont donnés des conseils sur les méthodes modernes d'espacement des naissances	Augmenter à 25%	56%	Atteindre 70%

5.2. La formation des personnels de santé

En 2000, le Ministère de la santé a abandonné la méthode classique de formation qui est le stage bloqué en groupement au profit de l'auto apprentissage assisté. Il s'agit d'une méthode auto didactique basée sur des modules et outils spécialement développés à cet effet. Les modules contiennent des tests, un guide d'utilisation et le contenu du cours. Depuis, il est interdit d'effectuer des formations classiques pour les personnels de santé. Cette décision a entraîné le ralentissement du rythme de formation du personnel de santé car outre le temps assez long pour terminer un module (04 mois au minimum pour un thème, cas de la santé de la reproduction), il a fallu attendre le développement des nouveaux modules par le Ministère de la Santé. De l'autre côté, la politique du Ministère de la Santé effectuée en 2000 pour le redéploiement du personnel a conduit à l'affection de la presque totalité du personnel déjà formé par le projet et l'arrivée de nouveau personnel pas encore formé.

Ces deux points ont contraint la réorientation de la stratégie de formation du projet en adoptant la méthodologie en vigueur du Ministère de la Santé, la prise en charge de la revue mensuelle au niveau du district comme moyen pour le recyclage et encadrement des personnels en formation, le renforcement de l'appui au niveau de la supervision des CSB et le réajustement du budget de formation (qui a dû dépasser le montant prévu).

Par ailleurs, l'adoption par le Ministère de la Santé de la PCIME a contraint le projet de la prendre en charge dans son intégralité.

5.3. L'aire de projet

L'aire de projet a été étendue pour englober l'ensemble du district sanitaire de Betioky Sud. Cette nouvelle aire comprends 20 Formations Sanitaires (12 dans l'ancienne aire). Cette décision faisait suite à la demande incessante du Ministère de la Santé qui a soulevé un problème d'équité comme raison principale. Sous forme de recommandation formelle de la part du Ministre de la Santé, la demande a été adressée à MCDI après la visite d'évaluation du projet par le Chef de Service de la Santé Familiale. Pour gérer ce changement de l'aire de projet, le MCDI a développer une approche à 02 phases pour l'extension dans l'ensemble du district. Phase 1 : (2001) appui au niveau des structures sanitaires comprenant la formation du personnel de santé du personnel de santé et la supervision. Phase 2 (2002) : extension de l'appui vers la communauté par la mise en place et formation des VCS. Cette deuxième phase est surtout conditionnée par la disponibilité des ressources et la possibilité de collaboration avec des partenaires (DAR, Vemima, FNUAP, UNICEF)

6. LES RECOMMANDATIONS DE L'EVALUATION ET LES ACTIONS ENTREPRISES

6.1. En relation avec la mémoire institutionnelle

Recommandation 1 : Le principal partenaire qui est le Ministère de la Santé devrait être en place pendant la durée du projet

Réponses *: Le PSE et le Ministère de la Santé Région se sont mis d'accord sur la mise en place d'un mémorandum de service écrit, officiel et remis régulièrement à jour dans tous les niveaux du système de santé pour renforcer la mémoire institutionnelle et la continuation des services. Ce mémorandum doit constituer l'outil principal pour la passation de services entre le personnel entrant et celui sortant. Le PSE BS a commencé à introduire ce nouveau système au niveau du Bureau de Santé de District de Betioky Sud.*

Il est à noter que pour le moment, la politique du Ministère de la Santé sur la rotation des personnels, reste toujours valable, très centralisée et hors de l'influence ni de MCDI ni de la DIRDS. Les discussions de MCDI avec les responsables de la DIRDS ont mis en évidence que la région aurait une latitude pour modifier cette politique dans le nouveau contexte de décentralisation actuel. La région a par ailleurs affirmé sa volonté de maintenir une certaine stabilité des personnels du Ministère de la Santé si cela entre dans leur nouveau domaine de compétence.

Recommandation 2 : Ré-évaluer et renégocier le partenariat entre le projet et le SSD.

Réponses : *Un nouvel organigramme du SSD a été élaboré suite à des négociations entre le PSE BS et le SSD depuis l'évaluation à mi-parcours. Cet organigramme met en évidence les relations fonctionnelles entre les deux parties et démontre la constitution d'une seule et unique équipe pour l'exécution du projet. Le protocole d'accord (MOU) entre le SSD et le MCDI a été revu, amendé et signé sous le parrainage de la DIRDS.*
Fruits d'un atelier de team building et de planification tenue au mois de mars 2001, les activités et stratégies du PSE BS ont été incorporées dans le plan de développement du district de Betioky Sud. Un plan d'action opérationnel trimestriel a été conjointement établi et exécuté. Une réunion mensuelle de revue et de suivi est ensuite tenue depuis le mois de Juillet.

Tous ces processus ont nettement amélioré la situation de partenariat entre le PSE BS et le SSD et ont facilité l'appropriation du projet par le partenaire principal. Notons enfin les considérables appuis apportés par la DIRDS et l'USAID Madagascar dans la résolution de ce problème.

Recommandation 3 : Placer les centres de santé au centre des activités communautaires

Réponse : *Le PSE BS et le SSD ont décidé que ce sera les Communes qui sont les mieux placées pour ce rôle. Les CSB joueront le rôle d'appui. Un atelier de plaidoyer a été réalisé avec les 19 Communes du District pour que ces autorités communales prennent en main cette responsabilité.*

Recommandation 4 : Développer des partenariats supplémentaires dans et entre les structures communautaires

Réponse : *Pas d'action entreprise pour l'instant*

Recommandation 5 : Accroître la mobilisation sociale et appuyer la prise en main du projet par les autorités locales et la communauté

Réponse : *Le PSE BS a commencé par la remise à niveau des Communicateurs (VCS, ASBC, ASB) à base des lacunes techniques trouvées lors de l'évaluation. Les modules de formations ont été revus pour y répondre.*

Puis, le PSE BS a réévalué le niveau de couverture de son action directe au niveau de la communauté en matière de mobilisation sociale et de CCC. Une approche dite VISA (Voir mon e-mail en date du 21 Sept) a été conçue et mise en œuvre pour renforcer les activités et la couverture des actions des volontaires. Cette approche va être soutenue pendant l'extension.

Suite à des réunions de réflexion entre le PSE BS et les autorités locales (Communes), ces dernières ont approuvé le plan de prise en main proposé par MCDI comprenant la création d'une rubrique budgétaire pour les VCS au sein du budget des communes, la création au sein de la commune d'une unité IEC et Santé qui gérera les VCS et les activités de santé, la formation de cette unité afin de pouvoir mener à bien son rôle, la reconnaissance des VCS comme une entité compétente et utile pour le développement sanitaire

Recommandation 6 : Évaluer et consolider les succès du projet en encourageant l'institutionnalisation des organisations communautaire partenaires, renforçant l'approche intersectorielle, et capitalisant le succès du système de financement d'Assurance-crédit

Réponse : *Toutes les associations de VCS ont été formalisées et commencent à mettre en œuvre des actions de survie de l'enfant de façon autonome et des stratégies de génération de fonds.*

Recommandation 7 : Promouvoir une prise de conscience spécifique des succès et des innovations du projet, tel que le plan d'assurance communautaire, en offrant des présentations et des ateliers dans le but de répliquer l'initiative à d'autres régions ou pays

Réponse *: MCDI prend part à la revue trimestrielle de la Région (réunion de tous les SSD de Toliara) en partageant les leçons apprises, succès et innovations du PSE BS. Comme le PSE BS est le leader dans le domaine du développement communautaire en matière de santé dans la région de Toliara, MCDI a reçu une requête de la DIRDS pour appuyer la Région et les autres SSD dans la mise en œuvre de la HH,C-IMCI et de C-RH.*

MCDI commence la documentation et la dissémination des leçons apprises.

Recommandation 8 : Transférer l'appropriation des activités et des résultats aux partenaires et à la communauté

Réponse : *Les actions dans ce domaine sont intégrées avec les autres points.*

Recommandation 9 : Utiliser les résultats de MTE pour revoir les indicateurs du projet

Réponse : *Les résultats de l'EMP ont conduit à la révision du Plan de Développement du SSD. Les indicateurs du projet ont été revus.*

Recommandation 10 : Couvrir l'ensemble du district au lieu d'une seule partie

Réponse : *La recommandation du DIP a déjà mentionné que le projet doit englober l'ensemble des prestataires du SSD pour les formations. Il restait donc l'extension des activités communautaires. Le PSE BS, en collaboration avec la Vemima et le MICC a commencé à étendre sa zone de couverture pour englober l'ensemble du SSD. MCDI explorera la collaboration avec UNICEF et FNUAP pour renforcer cette action.*

Recommandation 11 : Aligner le projet exactement sur les guides IMCI et santé reproductive du Ministère de la Santé

Réponse : *Le PSE BS acte maintenant dans le domaine de la PCIME et de la SR (en partie). Le DIP a mentionné la flexibilité de l'approche de MCDI pour la prise en charge de la PCIME mais ne l'a pas fait pour la SR. D'où la difficulté du PSE BS dans la mise en œuvre de la SR et son partenariat avec le FNUAP Région.*

6.2. Le système pilote de mutuelle de crédit

Recommandation 12 : Il faut se pencher sur les études de replicabilité du TIF en vue de l'extension à d'autres sites ou même à d'autres districts sanitaires.

Réponse : *Un document mettant en évidence les résultats préliminaires de la recherche a été produit en collaboration avec la Faculté de Médecine d'Antananarivo. Une large diffusion auprès des responsables du Ministère de la Santé a été effectuée afin que ceux ci puissent donner leurs recommandations et commentaires à propos de la suite de l'initiative.*

Le projet a bénéficié en outre de l'assistance technique de Dr Christopher Schwabe, économiste de santé, pour l'élaboration du protocole d'évaluation finale de la recherche ainsi que pour l'étude de sa replicabilité.

Recommandation 13 : (En relation avec l'amélioration de la performance du système) **Les 03 points suivants doivent être considérés en priorité par le projet :**

1. **Etablir un plan de suivi et de recyclage des membres du comité de gestion du TIF.**
2. **Faire une révision des procédures de gestion du TIF et amendement de quelques articles du règlement inter**
3. **Introduire des activités de sensibilisation sur les messages de santé au niveau des membres du TIF**

Réponse : *A la suite d'une mésentente entre la communauté d'Ankazomanga Ouest, là où l'expérience est implantée, et son Chef CSB qui s'est apparue vers le mois de Mars 2001, le CSB d'Ankazomanga Ouest a été fermé jusqu'à ce jour en attendant l'exécution de la résolution du SSD qui a décidé de remplacer ce Chef de Centre. Cette situation n'a pas permis l'exécution de ces recommandations.*

6.3. Relation avec le SSD

Recommandation 14 : Une collaboration franche entre le SSD et le MCDI constitue le défi majeur pour la suite du projet. Un effort doit être développé pour l'appropriation par le SSD du PSE qui doit faire partie intégrante de son plan d'action (PDD). Les relations fonctionnelles, de travail et hiérarchiques entre le MCDI et SSD doivent être clarifiées. De cette façon, le MCDI doit garder le profil d'institution d'appui au développement du SSD et ce dernier le maître d'œuvre du PSE. Le PSE devrait par ailleurs être figuré dans l'organigramme même du SSD.

Réponses : *Basé sur les résultats de l'évaluation à mi-parcours, le MCDI a tenu un atelier de team building et de planification du PSE au mois de Mars 2001, à la suite duquel, un Document Technique d'Exécution du Projet a été communément élaboré et approuvé par le SSD, la DIRDS et le MCDI comme étant le document officiel de la suite du projet.*

L'ossature de ce document respecte les textes officiels contenus dans l'accord de siège, en tant que texte de base, et les stratégies contenues dans le DIP, en tant que stratégie de base. Les recommandations du Ministère de la Santé et les évolutions de la politique de santé à Madagascar depuis l'élaboration du DIP y sont adressées. Conformément aux recommandations, le document spécifie l'organigramme et la répartition des rôles entre MCDI et le SSD et met en évidence les plans de travail du PSE relatif à chaque programme. Ces plans sont intégrés dans le PDD. Une relation d'homologue entre les techniciens du SSD et le staff de MCDI a été instaurée. Une nouvelle équipe est née.

A base de ce document, MCDI a procédé à l'organisation d'un atelier trimestriel de planification opérationnelle et de revue des activités du SSD, y compris celles du PSE. Devenu maître d'œuvre, cette action a permis au personnel du SSD d'approprier le PSE qu'il ne voit plus comme activités à part. Sa participation est devenue active et les relations améliorées.

Recommandation 15 : Il est indispensable de redynamiser et de restructurer l'EMAD qui reste une plate-forme de choix pour la collaboration MCDI –SSD.

Réponse : *Quant au renforcement et redynamisation de l'EMAD, MCDI a proposé au SSD un plan de redynamisation de l'EMAD incluant (1) le développement d'une nouvelle description spécifique des responsabilités techniques de chaque membre (TOR) adaptée à leur volume de travail, (2) le plan de suivi des activités de l'EMAD et l'évaluation des performances, (3) l'instauration des indicateurs de suivi (Tableau de bord), (4) l'identification des besoins spécifiques pour l'exécution des tâches et la mobilisation des ressources, (5) le renforcement du travail en équipe et (6) la programmation systématique des activités. Le SSD a commencé à mettre en oeuvre ce plan depuis le mois d'avril 2001.*

6.4. En relation avec le renforcement de capacité du personnel du SSD

Recommandation 15 : La notion de qualité de soins mérite un consensus entre le MCDI et le SSD. Cette approche semble ne pas être bien partagée, et vu l'implication considérable que cela entraîne à tous les niveaux du système sanitaire du District, les décisions devraient être prises ensemble.

Réponse : *Pour la mésentente sur la notion de qualité de soin, ce problème a été résolu lors de l'atelier de team building du Mars 2001. Il a été souligné par les responsables du SSD que cette initiative doit être introduite progressivement afin que le personnel s'habitue au processus. On s'est*

ensuite convenu que MCDI appuie tout d'abord l'amélioration quantitative des soins fournis par les CSB puis dans un deuxième temps l'amélioration de la qualité proprement dite. Il a été ainsi élaboré par MCDI un plan de renforcement qui a été tout de suite mis en oeuvre. Ce plan a comporté (1) la révision du paquet minimum d'activités des centres de santé, (2) le plan de monitoring et de suivi, (3) le plan de supervision, (4) la mise en place d'un tableau de bord des activités comprenant la programmation et les indicateurs à suivre.

Le projet a formé et encadré les responsables de programmes en matière de planification, exécution et suivi de leurs activités respectives.

Recommandation 16 : Saisir des opportunités pour envoyer le personnel du SSD Betioky à des formations à l'étranger relatives à la décentralisation, au partenariat et à la collaboration ONG secteur public.

***Réponse** : Formation à l'étranger du personnel du SSD : Pas d'action entreprise*

6.5. Communication pour le Changement de Comportement et mobilisation sociale

6.5.1. En relation avec l'approche

Recommandation 17 : La compétence des communicateurs doit être renforcée davantage. Le plan de renforcement doit considérer la pérennité des activités.

***Réponse** : Le recyclage des VCS a été renforcé du côté rythme (devenu bimestriel au lieu de trimestriel), durée (devenue 05 jours au lieu de 02 jours), méthode d'apprentissage (axée surtout sur la pratique et l'auto évaluation), contenu (avec remise à jour des informations selon les recommandations du MTE et introduction de nouvelles approche telle que la VISA). Le Personnel de Santé a commencé à prendre une part active dans les formations et encadrement des VCS.*

Recommandation 18 : Inclure les communicateurs (CVA et ASBC) dans l'organigramme même du SSD afin de faciliter leur intégration dans le développement sanitaire et renforcer leur relation avec les personnels de santé qui doivent tenir le rôle d'encadreurs, tout en élargissant leur fonction vers les autres volets de Santé que survie de l'enfant. Les communes doivent tenir un rôle majeur dans le parrainage des VCS afin d'assurer un appui moral, institutionnel et financier à ces derniers.

***Réponse** : Il a été décidé avec le SSD que ce serait plus logique si les VCS soient intégrés dans l'organigramme des communes qui devaient tenir le rôle d'institution de tutelle. Le SSD deviendrait ensuite une assistance technique pour cette structure. Le plaidoyer au niveau de l'ensemble des Communes et de la Sous Préfecture a été effectué à travers l'organisation d'une réunion de réflexion avec les responsables de ces institutions. Il reste encore la concrétisation des décisions prises dont : (1) la création d'une rubrique budgétaire pour les VCS dans le budget des communes, (2) la gestion par la Commune des fonds alloués pour la formation et le fonctionnement des VCS, (3) la création au sein de la commune d'une unité IEC et Santé qui gérera non seulement les VCS mais aussi le Comité de santé et le Comité de Gestion des centres, (4) la formation de cette unité afin de pouvoir mener à bien son rôle. Le résultat de cette réunion reste pour l'instant à l'identification du profil que doit avoir la commune vis à vis de l'approche communautaire adoptée par le projet.*

Recommandation 19 : Certains messages de santé doivent attirer l'attention du PSE, tel que la nutrition des enfants en âge de sevrage et les mères qui allaitent

Réponse : *Les messages de santé ont été revus. Un travail de paire avec le service régional IEC et Nutrition a été initié.*

6.5.2. En rapport avec la capitalisation des expériences du PSE

Recommandation 20 : Capitaliser et documenter l'expérience du PSE en matière de mobilisation communautaire tout en diffusant ces acquis à tous les organismes et institutions intéressés

Réponse : *Le partage des acquits a commencé à travers la présentation des expériences du PSE à chaque réunion de revue trimestrielle de la région où tous les Médecins Inspecteurs de Toliara et les responsables de la DIRDS sont présents. La documentation a aussi commencé.*

Recommandation 21 : Organiser un colloque régional sur la place des communicateurs et leur pertinence dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé. Tous les SSD et les Associations concernées présenteront leurs expériences.

Réponse : *Lors de la présentation de MCDI à la nouvelle équipe dirigeante de Toliara (Gouvernorat et Commissariat Générale de la Santé) du PSE, l'approche de CCC et MS du projet a été bien reçue et apparaît convaincante. Le Gouverneur a lancé une idée de la nécessité de généraliser cette approche dans l'ensemble de la province de Toliara. Le gouvernorat est actuellement en train d'organiser un colloque régional pour les acteurs de Toliara afin de capitaliser les acquits des intervenants.*

Recommandation 22 : Valoriser les structures intermédiaires entre les Services Publics et la communauté comme les CVA et les ASBC en leur attribuant des tâches autres que la survie de l'enfant comme l'éducation pour l'environnement, la Santé reproductive des Adolescents et des Jeunes, les jardins potagers et beaucoup d'autres.

Réponse : *Jusqu'à présent, le PSE reste toujours dans le domaine de la survie de l'enfant dans son programme avec les VCS.*

6.5.3. En rapport avec la pérennité du programme de CCC-MS

Recommandation 23 : Institutionnaliser les structures comme les CVA et les ASBC en guise de protection des acquis au niveau communautaire. Identifier et mettre en oeuvre des systèmes de génération de revenu pour les CVA et ASBC afin d'assurer la prise en charge de leurs activités futures et leur motivation.

Réponse : *Depuis l'évaluation, MCDI a commencé à l'officialisation des associations de volontaires. Toutes les associations de volontaires fonctionnelles ont été formalisées, c'est à dire : ayant un statut légal, ayant un règlement interne, ayant son bureau et sa source d'argent propre. Ces associations ont tous reçu une formation sur la gestion des associations (en collaboration avec le Service de l'Animation Rurale) et un fonds de démarrage pour les activités génératrices de revenu (AGR). Les AGR sont destinées (1) à motiver les membres de l'association en comportant un volet micro-crédits pour les membres à partir des bénéfices et (2) à supporter en partie le coût de fonctionnement de d'association (ex : la prise en charge lors des formations ou des recyclages). Les communes ont été sensibilisées sur la nécessité de leurs appuis dans ce programme.*

6.5.4. En rapport avec l'approche intersectorielle

Recommandation 24 :

1. **Faire en sorte que la Sous Préfecture tienne son rôle de leader dans la coordination des activités intersectorielles comme le PSE aux fins de favoriser la synergie entre tous les**

partenaires . Le comité intersectoriel pour la Survie de l'Enfant fonctionne déjà. Il reste à être renforcé en mobilisant davantage les membres.

2. **La S /P doit Formaliser un plate-forme d'échanges d'expériences et de valorisation des approches et des acquis pour tous les acteurs de développement du secteur public et privé**
3. **Elaborer toute une gestion de programmes IEC couvrant tout le district et mobilisant tous les partenaires PSE en vue d'une mobilisation sociale et un changement de comportement durables et harmonieux**
4. **Elaborer un document unique où tous les partenaires se retrouvent en matière de PSE et organiser des réunions de suivi périodique semestriel ou annuel**

Réponse : *Aucune action dans ce volet n'a été prise. Le changement de l'équipe dirigeante de la Sous Préfecture n'a pas permis d'effectuer ces recommandations.*

7. PLAN DE RETRAIT DU PROJET

Le DIP a mentionné que MCDI n'a pas l'intention de transférer les responsabilités et le contrôle du programme à d'autres institutions puisque toutes les institutions et les structures qu'il propose d'établir seront entièrement intégrées au système de prestation des services de santé. L'évaluation à mi-parcours a identifié d'autres structures relais qui ont de potentiel pour continuer les activités du projet, à savoir la Délégation de l'Animation Rurale et les Communes. Il y a aussi lieu de considérer les ONGs locales pour la continuation.

MCDI a jusqu'ici travaillé en collaboration avec le Ministère de la Santé qui est devenu le maître d'œuvre du projet. Le plan d'action qui est intégré dans le plan de développement du district est le point fondamental de la stratégie de retrait du projet. Ceci a permis la passation progressive des activités au SSD. L'encadrement continu des responsables de programme sur les interventions du projet leur a permis d'acquérir les compétences nécessaires pour prendre en charge efficacement ce que le projet a mis en place. Cependant, cette situation est minée par les éventuelles permutations ou affectations de ces responsables, notamment s'il s'agit du Médecin Inspecteur.

Le renforcement de la qualité des offres de soins au niveau des CSB à travers les formations et la supervision soutenue sera continué par les responsable de l'EMAD grâce à la présence des formateurs, des superviseurs du SSD et des différents outils que le projet a mis en place. MCDI a commencé à réduire progressivement les efforts dans ces domaines pour permettre le fonctionnement autonome du SSD dans ces domaines. La mise en place d'un outil informatique (programme) pour le traitement des données et informations sanitaires pour la gestion du SSD ne fait que renforcer la qualité des soins fournie à la population. Le SSD utilise actuellement ce programme sans l'appui de MCDI.

Du côté des activités communautaires, MCDI a légué progressivement, depuis même la deuxième année du présent financement, certaines responsabilités à la Délégation de l'animation rurale (DAR) et à la VEMIMA. C'est ainsi que le Responsable de la DAR a travaillé au sein du projet en tant que Gestionnaire des activités communautaires. A ce titre, elle a assuré la formation, l'encadrement , la supervision des volontaires de santé, assuré la coordination des activités de mobilisation sociale en collaboration avec le Ministère de l'Information au niveau régional. Actuellement, toutes les activités communautaires du projet sont transférées et sous la responsabilité de la DAR. Des appuis techniques ponctuels restent à effectuer. De l'autre côté, MCDI a créé un environnement favorable à la collaboration entre les différents acteurs de Betioky Sud à travers le Comité inter Sectoriel d'Appui au Développement Sanitaire et en particulier entre la DAR et le SSD. En effet, ces deux entités travaillent toujours de paire. En outre, la DAR travaille en étroite collaboration avec l'ONG locale VEMIMA qui est

responsabilisée pour l'encadrement des volontaires et pour la conduite des activités de mobilisation sociale. Cette association a acquit la capacité de diriger des activités de promotion et d'IEC villageoises à la suite de leur engagement dans les activités du projet.

Toutes fois, il est important que la DAR ait les ressources nécessaires pour pouvoir continuer les activités. Cet aspect n'est pas encore adressé par le projet jusqu'ici. Une négociation avec le SSD et la Direction Inter Régionale de l'Information pourrait être une solution à ce problème.

Depuis l'évaluation à mi-parcours, les communes ont été de plus en plus responsabilisées quant à la prise en charge des dépenses aux fonctionnements des CSV et à leur suivi. En effet, les communes ont créé une ligne de dépense pour les volontaires et identifié des personnes responsables pour le suivi des activités des volontaires. Ceci permet le retrait progressif du soutien du projet.

Concernant l'approche enfant pour enfant, la formation par le projet des formateurs et des superviseurs issus de la Circonscription Scolaire elle-même ainsi que la formation en gestion de programme fournie à ces responsables et la mise en place des outils pour le suivi de l'approche ont fait que la mise en œuvre de cette approche est actuellement totalement transférée à l'autorité scolaire du district (CISCO). Seuls, des appuis techniques (tels que l'assistance à l'évaluation et planification annuelle) et logistiques ponctuels sont effectués par le projet.

Quant aux structures communautaires (association de VCS et Comité de Gestion de la mutuelle), leur officialisation et leur formation en matière de gestion des associations leur ont permis une indépendance dans leur fonctionnement, leur auto responsabilisation et leur auto dynamisation.

Concordant parfaitement avec la stratégie du gouvernement sur la participation financière des usagers sur les dépenses en soins, la mutuelle de crédit est actuellement totalement autonome et gérée par la communauté sans qu'il y a besoin des in put externes. Un seul aspect reste à être considéré par MCDI. Il s'agit du transfert de compétence au comité de gestion concernant les méthodes de calcul et les procédures à suivre en cas de crise financière du système (crise due soit à une surutilisation de crédit, soit à l'inflation, soit à un fort taux de non-remboursement)

8. LES POTENTIELS POUR L'EXTENSION A PLUS LARGE ECHELLE

L'Application de Continuation

Selon les recommandations de l'évaluation a mi-parcours, en décembre 2001, MCDI a soumis une application de continuation pour le district de Toliary II. L'équipe de l'évaluation a mi- parcours, y compris le personnel du MINSAN, a recommandé l'extension du projet a fin de couvrir le reste du district. Suivant cette recommandation préliminaire, le SSD a sollicité une expansion du district de Toliary II. Ainsi, MCDI propose d'étendre les activités visés sur la survie de l'enfant y compris une aire plus grande dans la province de Toliary. Le projet proposé, La Survie de l'Enfant dans la Province de Toliary (TPCSP), comprendra une continuation des activités restreintes dans le district de Betioky et l'initiation des activités dans le district voisin de Toliary II. Pendant les prochaines quatre années, le nombre de bénéficiaires ciblés dans l'expansion proposée s'élève à 172 383, dont 97 896 des femmes de l'age reproductif et 44 487 enfants entre 0 à 59 mois.

Les obstacles principaux à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants dans la province de Toliary comprennent : la manque d'accès aux services sanitaires, une qualité de soins déficients fournit par les services sanitaires, et un manque de connaissance vis à vis un comportement positif pour la survie de l'enfant. Les deux districts ciblés sont les plus peuplés du district le plus pauvre de Madagascar. Donc, les stratégies et interventions proposées ont été choisies en fonction des données obtenues du premier projet CSP et les sources externes qui révèlent les problèmes les plus urgents

pour la survie de l'enfant sont les maladies diarrhéiques, un taux d'immunisation faible, le paludisme, et la pneumonie. D'autres problèmes clés identifiés sont le manque de l'allaitement exclusif et l'usage extrêmement bas des méthodes de contraception moderne.

Les interventions du projet (ainsi que le taux d'effort pour chaque intervention) comprennent : le contrôle des maladies diarrhéiques (15 %), l'immunisation (20%), la paludisme (15 %), la gestion des cas de pneumonie (15%), l'allaitement maternelle (15 %), et l'espacement de naissance (20 %). Ces interventions seront intégrées dans le cadre de PCIME au niveau des centres sanitaires et dans la communauté (HH/PCIME communautaire) et ils sont compatibles avec les priorités des responsables sanitaires du district et les stratégies clés du MINSAN. Le district du Toliary II reçoit déjà un support externe de la Banque mondiale et la Banque africaine de développement pour les interventions visant la santé maternelle et la nutrition ; donc, les interventions proposées concernant la santé maternelle et néonatale seront limitées et concentrées sur des activités mieux adaptés à complimenter les autre initiatives sans les répéter.

La Mutuelle de crédit

Expérimentée avec succès dans le Secteur Sanitaire d'Ankazomanga Ouest, la mutuelle de crédit pour la santé a une forte potentielle d'être répliquée à plus large échelle. Elle consiste à accompagner la politique du gouvernement dans la participation financière des usagers pour les soins de santé. En effet cette politique consiste à un recouvrement des coûts des médicaments par les usagers au niveau de tous les centres de santé à Madagascar. En général, la mise en œuvre de cette politique a fait réduire l'utilisation des soins de santé faisant suite à l'apparition d'une barrière financière. La mutuelle de crédit d'Ankazomanga Ouest vise à réduire cette barrière financière en créant un fonds de mutuelle où tous les membres ont accès à un crédit de court terme en temps réel et de montant illimité selon les besoins. Les effets constatés sont (1) la nette augmentation de la fréquentation du centre de santé, (2) la réduction du suivi partiel de la prescription. Le système est performant quant à son fonctionnement, sa sécurité et son auto gestion par la communauté. Suivant de près cette expérimentation, la DIRDS est actuellement en train d'étudier la réplication de cette initiative au niveau des autres CSB en sollicitant l'assistance technique future de MCDI. Ce modèle de mutuelle expérimenté pourrait apporter une solution à long terme au Ministère de la Santé pour renforcer la mise en œuvre de sa politique sur la participation financière des usagers.

Système d'Information Sanitaire

MCDI a mis au point un programme sous Excel de traitement des données générées par le Rapport Mensuel d'Activités des CSB. Il s'agit d'un programme simple et facilement utilisable par des personnels ayant une connaissance moyenne en informatique. La plupart des SSD est actuellement dotée en matériel informatique et des personnels dans chaque SSD sont formés en informatique. Cependant, le traitement des informations sanitaires reste toujours manuel. L'expérimentation de ce programme a permis au SSD de Betioky Sud de bien gérer les informations à ses fins et de les archiver pour les utilisations ultérieures tout en gagnant du temps. MCDI propose l'utilisation à l'échelle régionale de ce programme.

L'Approche VISA

Il s'agit d'une approche pour renforcer les activités des volontaires. VISA est le sigle de Visiter, Identifier, Sensibiliser et Accompagner correspondant aux attributions des volontaires. En effet, chaque volontaire est invité à parrainer (i.e. prendre sous sa responsabilité) un certain nombre de mères (05 pour le cas de Betioky Sud) qu'il forme, suit et encadre afin qu'elles adoptent des attitudes et pratiques saines pour la santé des enfant. Par exemple, la vaccination complète de leur dernier enfant. Pour ce

faire, le volontaire a la responsabilité d'identifier les problèmes de comportement de ces mères, les sensibiliser et former sur les comportements à changer et l'intérêt du changement, les accompagner pour demander les soins si besoin est et les visiter pour suivre les changements et les encourager à poursuivre les efforts. Les volontaires qui ont pu satisfaire certains critères de performance sont primés et les mères satisfaisantes peuvent être recrutées comme volontaires ou membre du groupe de soutien si elles le désirent. Les volontaires recrutent d'autres mères à chaque fois que leurs protégées sortent du programme (soit qu'elles sont satisfaisantes vis à vis de tous les messages de santé soit qu'elles abandonnent). Cette approche est en complément du travail classique des volontaire qui est de disséminer les messages et promouvoir le changement de comportement de l'ensemble de la population cible. Cette approche est réplicable au sein des organisations et projets travaillant avec les volontaires comme la SEECAALINE (travaillant dans le domaine de la nutrition communautaire dans plus de 10 districts de Toliara) ou l'ASOS (ONG travaillant dans le développement sanitaire de la communauté et l'environnement dans la Région de Fort Dauphin).

Madagascar-Plan d'Action FY 2002

ACTIVITES	Oct-01	Nov-01	Dec-01	Jan-02	Feb-02	Mar-02	Apr-02	May-02	Jun-02	Jul-02	Aug-02	Sep-02
1- Renforcement de la gestion des informations du SSD												
- Amélioration du système d'exploitation des informations du SSD												
- Formation du responsable SIGS du SSD en analyse et exploitation des données												
- Initiation au responsable SIGS au système amélioré d'exploitation des informations												
- Publication des bulletins de liaison du SSD												
- Dotation de diffusion SIGS en matériels informatiques et bureautiques												
2- Revitaliser les centres de santé												
- Analyse situationnelle de la qualité des soins au niveau des CSB												
- Orientation des chefs de centre sur la qualité des soins												
- Mise en œuvre de la qualité des soins dans les CSB												
- Analyse périodique de la prestation des services au niveau des CSB												
- Monitorage												
- Supervision												
- Revue périodique												
3- Renforcer la division PEV du SSD												
- Formation du responsable PEV en entretien de la chaîne de froid et en gestion de programme												
- Encadrement des chefs CSB dans l'entretien des chaînes de froid												
- Analyse systématique des besoins sur le renforcement du PEV												
- Suivi des indicateurs standards du PEV												
4- Renforcer la capacité de gestion de l'EMAD												
- Formation des responsables en gestion au niveau national et international												
- Appui à la planification et à l'organisation des activités												
5- Développer la participation des communes au développement sanitaire												
- Renforcer du plaidoyer auprès des communes pour la participation communautaire												
- Mobilisation des fokontany, autorités dans la contribution financière, matérielle et humaine sur les activités de développement sanitaire												

Madagascar-Plan d'Action FY 2002

ACTIVITES	Oct-01	Nov-01	Dec-01	Jan-02	Feb-02	Mar-02	Apr-02	May-02	Jun-02	Jul-02	Aug-02	Sep-02
6- Améliorer le système d'approvisionnement en médicaments												
- Appui à la mise en place d'un système informatisé de gestion des médicaments au niveau de la PHAGDIS												
- Formation des membres de la PHAGDIS en informations, initiation bureautique et tableur												
- Initiation des membres de la PHAGDIS sur le système informatisé de la gestion des médicaments												
7- Coordonner et renforcer les activités de formation du personnel du SSD												
- Appui à l'identification des besoins en formation du personnel du SSD												
- Organisation des formations selon les besoins (SR, PCIME, IEC, PEV, Gestion de programme,s …)												
- Renforcement des capacités du personnel des santé et de l'EMAD en gestion de programmes et en management												
- Suivi et remise à niveau des Agents de Santé en IEC, SR, PCIME, PEV, IHAB												
- Suivi et remise à niveau des communicateurs et partenaires communautaires sur la promotion des messages de santé												
- Remise à niveau des ASBC												
- Suivi et remise à niveau des partenaires su secteur privé sur la promotion des messages de santé												
8- Promouvoir les recherches sur les associations mutualistes												
- Raffinement du modèle existant : Mutuelle de crédit d'Ankazomanga Ouest												
- Evaluation de la Mutuelle de crédit d'Ankazomanga Ouest												
Renforcement des capacités des membres de la comité de la Mutuelle de crédit d'Ankazomanga Ouest												
- Formation des responsables PFU, SIGS (SSD et régions) sur le plan de crédit d'Ankazomanga Ouest												
- Visite de site des responsables PFU et SIGS par constatation pratique												
- Elaboration conjointe d'un plan de suivi de la mutuelle												
- Extension de la mutuelle												
9- Assurer la prise en charge des enfants dans les centres de santé												
- Introduction de la PCIME au niveau de la formation sanitaire												
- Suivi et supervision des sites PCIME fonctionnelle												
-Dotation en KIT PCIME aux formations sanitaires												
- Renforcement de la PCIME communautaire												

Madagascar-Plan d'Action FY 2002

ACTIVITES	Oct-01	Nov-01	Dec-01	Jan-02	Feb-02	Mar-02	Apr-02	May-02	Jun-02	Jul-02	Aug-02	Sep-02
- renforcement de la collaboration entre VCS et les Chefs de poste												
- Mise en œuvre des activités PCIME communautaires conjointement par les ASBC et les partenaires communautaires												
- Orientation de la formation des partenaires communautaires en PCIME communautaire												
- Remise à niveau et orientation du personnel de santé sur l'IHAB												
- Mise en place des groupes de soutien pour l'IHAB												
- Suivi des groupes de soutien des IHAB, HAB et des CSB sur la promotion de l'AM												
10- Mettre à la disposition des enfants de moins de 1 an les services de vaccination												
- Appui à la micro-planification des activités PEV de toutes les formations sanitaires												
- Formation des nouveaux chefs de poste sur la politique nationale PEV												
11- Développer des actions de lutte contre la malnutrition												
- Formation des formateurs en nutrition												
- Renforcement des capacités des VCS sur la nutrition												
- Renforcement des capacités des AS sur le nutrition												
12- Intensifier/renforcer/ la mobilisation communautaire et la communication pour le changement de comportement												
- Recrutement et formation des relais communautaires dans les formations sanitaires qui n'en ont pas												
- Renforcement de la promotion des messages de santé par les approches par paire (mère-mère, père-père)												
- Renforcement des support IEC												
- Elargissement des canaux de communication pour englober tous les communicateurs potentiels (matrones, guérisseurs traditionnels, autorités, associations)												
13- Développer un système des motivations des volontaires												
- Développement de la capacité des VCS en matière d'activités génératrices de revenus												
- Institutionnalisation des associations des VCS (statut légal)												
- Implication des VCS dans la vente des moustiquaires imprégnés												
14- Renforcer les activités de promotion de santé par des écoles ou approche enfant pour enfant												

Madagascar-Plan d'Action FY 2002

ACTIVITES	Oct-01	Nov-01	Dec-01	Jan-02	Feb-02	Mar-02	Apr-02	May-02	Jun-02	Jul-02	Aug-02	Sep-02
- Mise en place d'un système d'évaluation rapide LQAS												
- Recyclage des superviseurs sur l'approche et les interventions du PSE (AME, LMD/Choléra, vaccination, nutrition et santé bucco-dentaire)												
- Amélioration du plan de suivi et de supervision des écoles												
- Renforcement des capacités des enseignants sur l'approche enfant pour enfant et sur les interventions du PSE												
- Mise en place d'un système d'auto évaluation des enseignants sur l'approche												
- Suivi sur terrain et supervision au niveau des écoles												
15- Mettre en œuvre le programme SR												
- Orientation de l'EMAD sur la SR (finalisation MSR et introduction de la PF Clinique)												
- Introduction de la SR dans les formations sanitaires publiques et privées												
- Plaidoyer pour la SR : intégration des autorités et des hommes dans la SR												
- Formation des AS e encadrement des ASBC												
- Mise en place des ASC dans les sites qi n'en ont pas												
- Formation et orientation des partenaires communautaires dans la SR communautaire												
16- Etablir e plan de formation du personnel de MCDI Madagascar												
- Evaluation des formations, réorientation du budget du DIP pour le renforcement des capacités du personnel de MCDI												
17- Assurer les suivis et l'évaluation des activités du PSE												
- Evaluation finale												
18- Autres												
- Capitaliser les acquis du PSE												
- Formations des formateurs sur le transfert sur les différents domaines d'intervention du PSE sur le transfert de compétence												
- Renforcement des capacités des AS pour l'encadrement des partenaires communautaires												

Medical Care Development International
1742 R Street NW, Washington, DC 20009 * USA
Telephone: (202) 462-1920; Fax: (202) 265-4078
E-mail: MCDI@MCD.ORG
World Wide Web URL: WWW.MCD.ORG

April 17, 2002

To: Benjamin Andriamitantsoa
Child Survival Coordinator
USAID Mission - Madagascar
Immeuble Vonisoa III Ave. Docteur
Ravohangy Anosy
Antananarivo, 101

From: MCDI

Date: April 17, 2002

Re: Betioky-Sud District Child Survival Project – Third Annual Activity Report

---

Dear Mr. Andriamitantsoa,

MCDI is herein presenting the Third Annual Activity Report for our Betioky-Sud District Child Survival Project. The original French version was finalized and submitted to the Home Office by the end of February 2002. We apologize for the delay in presenting the Report; civil unrest in Madagascar created obstacles and affected the technical team's ability to move freely in the project zone for 3 months. BHR/PVC was informed about the situation and authorized the delay of the annual report.

In accordance with MTE recommendations, MCDI submitted a Cost Extension Application in December 2001 for Toliary II District. The mid-term evaluation team, including personnel from MINSAN, recommended an extension of the project to the rest of Betioky-Sud District. Following this initial recommendation, the SSD solicited an expansion to Toliary II District. Therefore, MCDI proposes to expand its current child survival activities in Madagascar to encompass a broader area within the Toliary Province. The Toliary Province Child Survival Project (TPCSP) will include continuation of limited activities in the Betioky District and initiation of activities in the neighboring Toliary II District. The estimated number of target beneficiaries in the extended project area is 172,383 comprised of 97,896 WRA and 44,487 children 0-59 months during the four years of the project.

The results from the Third Annual Activity Report are encouraging. The project has responded well to the recommendations outlined in the MTE and will continue to strive to meet the project objectives.

Sincerely,

Joseph Carter
Director